

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MASTOÏDITES GRIPPALES
ET
DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le samedi 22 juin 1895

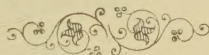
PAR

Th.-J. ASLANGUL

Né à Alexandrie (Egypte)

Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUX, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547917_0057

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET, Doyen.

CARRIEU, Assesseur.

Professeurs.

	MESSIEURS :
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *.
<i>Id.</i> SERRE (Ch. du c.)	
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TEDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Anatomie pathologique</i>	KIENER *.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Anatomie.</i>	PAULET (O. * ✕).
<i>Id.</i> GILIS (Ch. du c.)	
<i>Clinique médicale.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv</i>	MAIRET.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Opérations et appareils.</i>	FORGUE.
<i>Clinique ophtalmologique.</i>	TRUC.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	VILLE.
<i>Physiologie.</i>	HEDON
<i>Histologie.</i>	VIALLETON
<i>Pathologie interne</i>	N...
<i>Id.</i> RAUZIER (Ch. dec.)	
<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	N...
<i>Id.</i> DUCAMP (ch. de c.)	

PROFESSEUR HONORAIRE : M. JAUMES.

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Clinique annexe des maladies des enfants..</i>	MM. BAUMEL, agrégé.
<i>Accouchements.....</i>	GERBAUD, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	SARDA, agrégé.
<i>Pathologie externe.....</i>	ESTOR, agrégé.
<i>Histologie.....</i>	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en Exercice.

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
SERRE.	SARDA.	LAPEYRE.
BAUMEL.	ESTOR.	MOITESSIER.
GERBAUD.	LECERCLE.	
GILIS	DUCAMP.	
BROUSSE.	RAUZIER.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse :

MM. TÊDENAT, président.
ESTOR, agrégé. (Ch. de c.)
SERRE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

ET A TOUS MES PARENTS

TH.-J. ASLANGUL.

A MES CHERS ONCLES

MM. PASCAL ET ANTOINE PRIMI

*Faible expression d'une gratitude sans borne
pour les sollicitudes paternelles dont j'ai été comblé.*

TH.-J. ASLANGUL.

À mon Maître vénéré et à mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR TÉDENAT

TH.-J. ASLANGUL.

A mon Maître de Pathologie interne

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SARDA

*Je prie cet excellent Maître d'agréer ce faible
témoignage de ma sincère reconnaissance.*

A M. LE D^r TAKVORIAN

Officier d'Académie

A MON EXCELLENT AMI E. AZAÏS

Étudiant en Droit

Attaché à la Préfecture de Montpellier

A MES CAMARADES D'ÉTUDE

MM. LES D^{rs} CH. VIGNÉ ET D. ESSAYAN

TH.-J. ASLANGUL.

PRÉFACE

En choisissant comme sujet de notre Thèse inaugurale l'étude des mastoïdites grippales, nous n'avons pas la prétention de mettre au jour un sujet nouveau. Dans les deux dernières années, nous avons eu l'occasion de voir de véritables épidémies de mastoïdites consécutives à la grippe. Nous avons suivi beaucoup de ces malades dans le service de M. le professeur Tédénat. Les résultats obtenus nous ont donné l'idée de mettre plus en relief le traitement chirurgical de cette localisation de la grippe.

Aussi, sans reprendre en détail l'étiologie de cette affection, nous citerons un certain nombre d'observations qui justifieront notre façon de penser à ce sujet.

Les bonnes et fructueuses années que nous avons passées dans le service de notre cher maître, M. le professeur Tédénat, nous font un devoir de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour la bienveillante attention qu'il a voulu nous accorder pendant tout notre séjour dans son service.

Nous ne saurions trop le remercier pour les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer depuis que nous avons l'honneur de le connaître. C'était un réel plaisir, pour nous, d'assister à ses leçons cliniques au lit du malade et à ses démonstrations pratiques.

Que M. le professeur Tédénat reçoive l'hommage de notre profonde gratitude et nos sentiments respectueux, en acceptant la présidence de notre Thèse.

Nous sommes heureux, avant de quitter la Faculté de Médecine de Montpellier, de remercier les savants professeurs qui nous ont appris la science médicale que nous aimons tant, nous avons à cœur d'exprimer, à ces excellents maîtres, nos remerciements les plus profonds.

Notre ami, le D^r Fuster, a également droit à notre reconnaissance pour l'empressement avec lequel il a bien voulu nous donner les renseignements nécessaires à l'élaboration de notre travail.

En quittant cette antique École, où nous sommes venu, à la suite de tant de générations, puiser nos connaissances médicales, nous sommes heureux de dire que le souvenir en sera ineffaçable dans notre mémoire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MASTOÏDITES GRIPPALES

ET

ET DE LEUR TRAITEMENT

HISTORIQUE

Les localisations mastoïdiennes de la grippe n'ont été constatées que depuis peu. Dans la thèse de M. Dupin, présentée à la Faculté de Bordeaux en 1890, nous trouvons une étude assez complète des complications de la grippe et nous y voyons un chapitre consacré à celles portant sur l'appareil auditif. Ce n'est qu'en 1889 qu'apparaît un cas bien constaté de grippe se propageant à l'oreille interne. En 1890, M. Leyden signale un cas d'otite ayant donné lieu à des symptômes méningitiques ; dans le courant de la même année,

quelques cas d'otites moyennes sont mis en avant et, dans plusieurs d'entre eux, on constate une inflammation des cellules mastoïdiennes ayant nécessité la trépanation de l'apophyse.

A la polyclinique de Baginsky, à Berlin, on observait, cette même année, de nombreux cas d'otites moyennes chez des sujets ayant l'influenza.

Dans tous ces cas, les douleurs étaient très peu vives, ce qui se rencontre rarement dans l'otite moyenne commune.

Schwabach, de Berlin, a eu l'occasion de voir 62 cas d'otites moyennes aiguës consécutives à la grippe. Dans 19 cas, on avait affaire à une otite simple, mais dans 43 autres l'otite était suppurée.

Les manifestations subjectives étaient d'une très grande intensité.

La céphalalgie très violente, les douleurs d'oreille excessives, persistant même après la perforation spontanée du tympan.

Dans tous les cas que Baginsky et Schwabach ont signalés, ils ont constaté la présence de foyers hémorragiques dans l'épaisseur du tympan, qui était distendu et faisait une forte saillie au fond du conduit auditif. Dans les cas d'otites suppurées avec perforation, celles-ci portaient toujours sur le quart antéro-inférieur de la membrane. La conque était cedématisée et, de plus, les mouvements de la mastication étaient très pénibles.

Malgré cette symptomatologie grave, le pronostic était bénin. Les douches d'air dans les cas d'otite simple, la paracentèse du tympan dans les otites suppurées, amenaient une guérison rapide.

Netter et Legendre signalèrent aussi des cas d'otites moyennes qui guérissent très bien par la myringotomie et les insufflations d'air dans la trompe. Le Dr Læwenberg obser-

avait des otites moyennes consécutives à la grippe et constatait la fréquence croissante de cette complication. Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion de voir de nombreux cas d'otites moyennes, souvent fort graves, pour lesquels M. le professeur Tédénat a eu recours à la trépanation. Toujours l'amélioration a suivi l'intervention chirurgicale et la guérison a été très rapide. La première idée de l'ouverture de l'apophyse mastoïde est fort ancienne, elle daterait de 1649 et aurait été pratiquée plus tard par J.-L. Petit. Cette opération était faite, à cette époque, pour des mastoïdites ou des caries osseuses.

On en arriva à regarder cette opération comme le remède radical de la surdité, et elle fut pratiquée sur une grande échelle ; mais quelques cas de mort vinrent donner une note fâcheuse, et des otologistes comme Itard, Bonnafond, Wilde, la condamnèrent dans tous les cas.

En 1860, Forget, de Strasbourg, attira de nouveau l'attention sur l'opportunité de cette opération. Schwartze et ses élèves Eyssel, Kisselbach, Kretschmann, Stacke, furent les vrais défenseurs de la trépanation en otologie. Ces idées furent reprises en France par le professeur Duplay, qui en fit une remarquable étude. Enfin nous n'aurions garde d'oublier les remarquables travaux de Politzer.

ÉTIOLOGIE

Les mastoïdites, qui surviennent le plus habituellement à la suite des otites moyennes, s'observent à titre de complications dans presque toutes les maladies infectieuses. Il ne sera question ici que des mastoïdites survenues au cours d'une grippe. C'est une complication assez fréquemment observée dans toutes les épidémies grippales, ce que démontrent surabondamment les observations dont il sera fait mention dans la suite.

Un malade est atteint d'une grippe franche avec tout son cortège de catarrhe bronchique plus ou moins accusé et de manifestations nerveuses et gastro-intestinales. La température, dès le début, est assez élevée, atteint même bientôt 39° à 40°. Après quelques jours de durée, la température semblait se rapprocher de la normale, tous les symptômes s'amendaient réellement, quand tout à coup on voit la température s'élever et atteindre de nouveau 39° et même plus, avec aggravation de l'état général. On examine le malade avec soin et on trouve des douleurs plus ou moins accentuées du côté de l'oreille, parfois un écoulement purulent dans le conduit auditif externe, et, après un lavage antiseptique, on aperçoit la membrane du tympan simplement hyperémiée ou perforée, suivant qu'il y a eu ou non de l'otorrhée.

En même temps qu'on a observé ces symptômes du côté de l'oreille, l'apophyse mastoïde est devenue douloureuse, il y a du gonflement, de la rougeur, et la douleur s'accroît à la pression.

Une mastoïdite est déclarée secondairement à l'otite grippale.

Les microbes que l'on trouve le plus habituellement dans ces otites grippales sont les microbes ordinaires de la suppuration, c'est-à-dire des staphylocoques, des streptocoques ; il n'est pas rare également de trouver des pneumocoques.

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'aborder l'étude des symptômes de la maladie qui nous occupe, il nous paraît nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur la disposition anatomique de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde qui, en nous fixant sur les rapports si importants de ces organes, contribuera beaucoup à la compréhension des complications éminemment dangereuses qui surviennent malheureusement très souvent dans le cours des affections inflammatoires de la caisse du tympan et de l'apophyse mastoïde.

Aperçu anatomique. — L'oreille moyenne est une cavité remplie d'air, creusée dans l'épaisseur du temporal. Elle présente à l'étude six parois : externe, interne, antérieure, postérieure, supérieure et inférieure. La paroi externe est séparée du conduit auditif externe par une membrane mince et transparente, la membrane du tympan enchâssée dans la rainure que présente le cercle tympanal. La paroi interne, appelée aussi labyrinthique, à cause des connexions qu'elle présente avec l'oreille interne, met en communication, par deux orifices, la fenêtre ovale et la fenêtre ronde, l'oreille moyenne avec l'oreille interne. La paroi supérieure est formée par la face antérieure et par le bord supérieur du rocher sur lequel chemine le sinus pétreux supérieur, rapport important, car la lame osseuse qui sert de toit à la caisse est fort mince et parfois même transparente. Cette lame osseuse est constituée elle-même par le rocher en dedans et l'écaille du temporal en dehors, réunis par une suture. Cette suture est précédée d'une fissure véritable chez le nouveau-né et donne passage à des

tractus conjonctifs et à un certain nombre de vaisseaux se rendant de la dure-mère à la muqueuse de la caisse. Bien que la fissure soit remplacée chez l'adulte par la suture pétro-écailleuse, les connexions vasculaires n'en existent pas moins et deviennent, dans certaines conditions, une voie assez importante de transmission de l'infection de l'oreille moyenne aux méninges. Le rapport que présente cette paroi avec le sinus pétreux est non moins important, car on a observé des thromboses de ce sinus comme complication de l'otite moyenne. La paroi inférieure, qu'on appelle encore jugulaire, présente des rapports avec le golfe de la veine jugulaire. Sur la paroi antérieure, nous n'avons qu'à signaler la présence de l'orifice de la trompe d'Eustache. Quant à la paroi postérieure, elle est la plus importante au point de vue qui nous occupe, car c'est sur elle que nous trouvons l'ouverture large du canal tympano-mastoïdien qui nous conduit dans les cavités mastoïdiennes, objet de notre étude.

Voyons maintenant, aussi succinctement que possible, la disposition et les rapports de ces cavités. Le canal déjà signalé nous conduit dans une cavité principale, la plus vaste de toutes, appelée, pour cette raison, antrum mastoïdien, cavité autour de laquelle se disposent comme des rayons des cellules plus petites se communiquant toutes entre elles et avec l'antrum mastoïdien.

Les cellules dont nous venons de parler sont séparées de la cavité crânienne par une mince lame du tissu compact qui fait partie de la face antérieure du rocher. En dehors, elles ne sont séparées des téguments que par une mince couche de tissu compact, souvent même transparente. En arrière et en dedans, les cavités mastoïdiennes sont limitées par la face postérieure du rocher et par la face interne de la portion mastoïdienne du temporal. Entre ces deux surfaces osseuses se trouve

la portion descendante du sinus latéral logée dans une gouttière profonde à direction verticale. C'est là un rapport d'une importance capitale. Il ne nous reste qu'à ajouter que les cellules mastoïdiennes n'existent pas chez le nouveau-né, l'apophyse mastoïde n'est creusée chez lui que d'une seule cavité qui est l'antre mastoïdien ; ce n'est que plus tard que ces cellules se constituent petit à petit. Le revêtement muqueux des cellules de l'apophyse n'est que la continuation de celui de la caisse du tympan.

Ces quelques considérations préliminaires étant posées, voyons maintenant comment vont se comporter les infections de la caisse. Les infections arrivent du pharynx dans le cours des maladies microbiennes en passant par la trompe, elles atteignent la caisse, mais dans presque toutes les otites aiguës, comme le dit M. le professeur Tillaux, le canal de l'antre et les cellules mastoïdiennes se prennent successivement. Politzer a observé le même phénomène et, pour expliquer la pathogénie de ces propagations, il fait intervenir le décubitus du malade et le fait de la continuité de la muqueuse de la caisse et des cellules mastoïdiennes. Tant que le canal de l'antre reste perméable, le pus, contenu dans les cellules mastoïdiennes, s'écoule dans la caisse et de là au dehors, en perforant la membrane du tympan, et même il est plus que probable que l'otorrhée, dans les otites aiguës, provienne en grande partie des cellules mastoïdiennes.

Ceci découle des faits suivants, à savoir : que, si l'on fait la paracentèse du tympan pour évacuer une collection purulente de la caisse, il ne sort immédiatement que peu de pus, mais l'écoulement devient plus abondant dans les heures qui suivent l'opération ; que, le plus souvent, lorsque, dans le cours d'une otite, une mastoïdite se déclare, l'écoulement par le conduit

cesse ou diminue au moins considérablement, tandis que l'abcès mastoïdien est en pleine évolution. Comment expliquer ce dernier fait : c'est que le canal de l'antre s'étant obstrué par sa muqueuse boursouflée sous l'influence du processus inflammatoire, les produits de cette inflammation ne peuvent plus être expulsés.

Il arrive parfois, dans ce cas là, que la caisse livrée à elle-même se guérit, tandis que l'inflammation mastoïdienne évolue indépendamment de l'affection qui a été son point de départ. Le pus, ainsi emprisonné dans les cellules, tend à se faire jour ou bien au dehors en formant un abcès rétro-auriculaire, ou bien en dedans en donnant naissance à un abcès mastoïdien cervical, ou bien enfin en haut dans la cavité crânienne.

Symptômes généraux. — Avant de parler de ces cas particuliers, voyons, tout d'abord, quels sont les symptômes généraux que l'on observe quand, dans le cours d'une otite moyenne, il se produit une complication du côté de la mastoïde. C'est, avant tout, l'état général qui s'aggrave habituellement ; parfois cette aggravation est telle que l'intervention chirurgicale est absolument urgente ; parfois, au contraire, on voit des sujets chez lesquels la présence d'un volumineux abcès mastoïdien ne détermine qu'un état général remarquablement léger.

Parallèlement à l'élévation plus ou moins grande de la température qui suit la déclaration d'une mastoïdite, les douleurs disparues à la suite de la perforation de la membrane réapparaissent avec une nouvelle intensité.

Ces douleurs ont pour caractère d'être spontanées, constantes, de présenter des exacerbations surtout nocturnes, de siéger toujours en arrière du conduit avec irradiation vers la

face, le cou, la nuque. La mastication est souvent accompagnée de vives douleurs par suite d'une inflammation plus ou moins marquée de l'articulation temporo-maxillaire. Il est un symptôme que l'on observe constamment, c'est l'exagération de la douleur, exagération due aux tractions exercées par les muscles rotateurs, extenseurs et fléchisseurs de la tête, — splenius, sterno-cléido-mastoïdien, petit complexus, digastrique, etc. — sur l'apophyse mastoïde enflammée. Il en résulte parfois une contracture de ces muscles entraînant un degré plus ou moins grand de torticolis. C'est là un point sur lequel a beaucoup insisté Radzich et, d'après lui, ce symptôme indiquerait toujours la présence d'une complication mastoïdienne, avec myosite du sterno-cléido-mastoïdien ; mais on ne peut pas être trop absolu à ce point de vue, attendu que le symptôme dont il s'agit peut être dû à une adénite cervicale.

Ce sont surtout les pressions exercées sur la surface de l'apophyse qui exagèrent les douleurs et les rendent même intolérables. Les téguments, après un temps plus ou moins long, finissent par subir certaines modifications, à savoir : la peau, de blanche et de mobile qu'elle était à l'état normal, devient épaisse, peu mobile, une tuméfaction apparaît bientôt avec œdème et rougeur assez étendus. Nous devons ajouter à ce complexe symptomatique d'autres signes qui ne sont pas moins importants, quoi qu'en ait dit Politzer. C'est d'abord la diminution notable et même la suppression possible de l'écoulement purulent par le conduit auditif externe. Loin de partager cette manière de voir, Politzer soutient même une assertion tout à fait contraire, suivant laquelle une suppuration profuse indiquerait la persistance et l'extension de l'abcès (1) ; « au contraire, ajoute-t-il, on peut songer à une rétrocession

(1) *Loc. cit.*

quand le pus devient moins abondant». Il reconnaît cependant l'existence de cas où les symptômes du côté de l'apophyse mastoïde persistant, l'écoulement disparaît et la perforation de la membrane du tympan se cicatrise. D'après d'autres auteurs, et Broca en particulier, la diminution de l'écoulement serait plutôt la règle, et la persistance, l'exception.

Avant de terminer la symptomatologie générale de l'affection qui nous occupe, disons un mot d'un symptôme qui, d'après Politzer, a peu de valeur pour l'indication de l'intervention chirurgicale et aurait, au contraire, une importance assez grande de l'avis de Broca et de Schwartze. Ce symptôme, c'est la «chute» de la paroi postéro-supérieure du conduit.

La partie postéro-supérieure du conduit est, comme on le sait de par l'anatomie, formée par la portion mastoïdienne du temporal, les autres parties étant constituées par l'os tympanal en avant, en bas et en arrière, par la portion écailleuse du temporal en haut. La portion mastoïdienne est creusée de cellules superficielles qui, lorsqu'elles s'enflamment, déterminent un gonflement de la paroi postéro-supérieure du conduit, gonflement que l'on désigne sous le nom de chute.

Ce gonflement est facile à constater au speculum et rend parfois impossible ou au moins très difficile l'exploration de la membrane tympanique. Quand cet examen est possible, on constate, dans certains cas, l'intégrité de la membrane, qui peut, dans d'autres cas, être le siège d'une perforation due à la suppuration intra-auriculaire.

Cette symptomatologie ne se présente pas toujours avec des caractères aussi nets et nous ne saurions trop insister sur ce fait que la gravité des cas n'est pas en rapport absolu avec la gravité des symptômes. Dans plusieurs de nos observations, on pourra voir qu'au point de vue local, les symptômes étaient relativement bénins et que, dans un cas, la mort en est pourtant résultée.

Nous avons vu plus haut que la maladie étant livrée à une évolution spontanée, le pus emprisonné dans les cellules se fait jour par trois voies principales, qui sont : la voie cutanée, la voie cervicale et enfin la voie intra-crânienne. Passons donc rapidement en revue ces trois ordres d'issues, avant d'aborder l'étude du diagnostic.

1° *Abcès mastoïdien rétro-auriculaire.*— Le gonflement œdémateux augmente, la peau s'empâte, devient rouge, et dans cet œdème on constate l'existence d'une volumineuse tumeur, de consistance molle, fluctuante, douloureuse à la pression, l'oreille est portée fortement en avant par la tuméfaction. Quant au siège de ces abcès, ils sont surtout situés à la partie supérieure de l'apophyse, en arrière du conduit. On peut les observer, mais plus rarement, à la pointe de l'apophyse et, dans ce cas, le sillon précité est conservé. L'apparition de l'abcès entraîne un amendement des souffrances et de l'état fébrile, mais si on n'intervient pas chirurgicalement, l'abcès peut aboutir à une fistule persistante.

2° *Abcès mastoïdien cervical.*— Le pus peut se porter vers la face interne de la partie saillante de la mastoïde, souvent perforée, et constitue là un abcès fluctuant, fusant à la face profonde du sterno-cléido-mastoïdien et occupant surtout la région rétro-maxillaire. Il peut s'étendre jusqu'au médiastin et à la région latéro-cervicale tout entière. Malgré l'existence de l'abcès, on n'observe aucun symptôme du côté de la mastoïde, à part une sensation douloureuse que l'on détermine par la pression.

Cet abcès est une complication d'une gravité extrême, entraînant la mort par accidents septicémiques ou autres, mais susceptible quand même de guérison, comme on en a observé

quelques cas ces dernières années (Moos). Les symptômes locaux sont de vives douleurs du côté du cou, accompagnées parfois de gêne de la déglutition.

3° *Accidents méningés, abcès sous-duraux, phlébites du sinus.* — Nous ne ferons qu'indiquer la marche de l'infection qui détermine ces accidents de la plus haute gravité. Lorsque le pus n'a pas fusé profondément dans la région cervicale, ni formé un abcès rétro-auriculaire, il peut gagner, en haut, le toit de l'aditus, ou bien, en arrière, la gouttière du sinus latéral. Il donne naissance alors à ces accidents graves et souvent mortels, tels que abcès du cerveau, abcès sous-duraux, méningites, thromboses des sinus consécutives à des phlébites.

Le pus, pour arriver à produire ces complications, ou bien traverse, en les perforant, les parois osseuses souvent si minces, ou bien suit les traînées conjonctives qui passent à travers la suture pétro-squameuse et qui contiennent des vaisseaux sanguins, ou bien enfin les gaines lymphatiques des vaisseaux et des nerfs. La première voie est rarement suivie par le pus, bien qu'on trouve, dans certains cas, réellement des parois osseuses frappées d'ostéites raréfiantes, s'effritant sous la curette de l'opérateur. Indépendamment de cette voie, qui, nous le répétons, est rarement suivie, le pus fuse le plus habituellement le long des gaines lymphatiques qui deviennent ainsi pour l'infection une voie de transmission des plus importantes.

Nous verrons, dans les chapitres qui vont suivre, comment il faut procéder pour arriver à poser le diagnostic de ces mastoïdites et de leurs complications, et nous insisterons plus particulièrement sur le traitement de ces affections, qui, sans une intervention pratiquée à temps, auraient souvent des terminaisons fatales.

DIAGNOSTIC

Devant ce qu'il suppose être un abcès mastoïdien, le chirurgien a plusieurs questions à résoudre. Y-a-t-il abcès superficiel? — Y-a-t-il inflammation des cellules? — Quelle est l'origine de cette inflammation?

La première ne présente guère de difficultés; la douleur, la chaleur, le gonflement, enfin la fluctuation, ne tardant pas à paraître, permettront au chirurgien d'en avoir plus de doute.

Il n'en est pas de même des deux dernières, dont la solution nous demandera quelques développements. En effet, pour que le diagnostic soit complet, il faudra se rendre compte : 1° de la lésion apophysaire et 2° de l'origine auriculaire de cette lésion.

A.— Il peut y avoir mastoïdite, sans modification apparente des tissus qui recouvrent l'apophyse, et on comprend que ces cas sont les plus dangereux, car le pus ne pouvant se faire jour au dehors amène les plus graves complications intra-crâniennes.

Dans ces cas, l'éclairage des cellules mastoïdiennes et l'examen fonctionnel de l'ouïe pourrait nous aider à résoudre le problème. Cet éclairage a été pratiqué par quelques praticiens au moyen d'une lampe électrique, mais ce mode d'exploration n'est pas encore aujourd'hui entré dans la pratique et nous ne voulons pas nous y étendre.

L'exploration de l'audition peut nous donner des indications plus précises; mais cet examen spécial ne pouvant pas toujours être fait, car il s'agit souvent d'une intervention d'urgence, nous établirons notre diagnostic avec les moyens ordinaires d'investigation, c'est-à-dire l'examen de l'état général,

et d'ailleurs, la gravité de cet état général du malade ne peut manquer d'attirer l'attention du praticien.

Il se manifeste par la douleur spontanée plus violente, la fièvre plus intense, les frissons plus fréquents, le délire, les vomissements s'accompagnant de la diminution de l'otite aiguë. Enfin, bien qu'il n'y ait, comme nous l'avons dit, ni rougeur ni gonflement des téguments derrière l'oreille, il y a toujours un signe local : c'est l'exquise sensibilité de l'apophyse à la pression ; cette douleur accompagnant l'hyperthermie, la céphalalgie sera une indication opératoire des plus importantes.

La mastoïdite peut s'accompagner d'inflammation auriculaire et, dans ces cas qui sont les plus fréquents, on peut la confondre avec l'adénite du ganglion rétro-auriculaire et la furonculose du conduit.

a). Pour l'adéno-phlegmon, à part les symptômes qui pourront nous mettre sur la voie, tels que douleurs moins irradiées, pression de l'os indolore au-dessus de la tumeur, persistance du sillon rétro-auriculaire, nous aurons surtout à rechercher la lésion externe, parfois très légère, qui aura servi de porte d'entrée aux microbes pathogènes.

b). Avec le furoncle du conduit, le diagnostic présente plus de difficultés ; nous nous trouvons, en effet, en présence des mêmes symptômes : douleur, fièvre, frissons, *écoulement purulent*, gonflement péri-auriculaire ; aussi, est-il parfois nécessaire d'inciser et d'arriver au contact de l'os pour rectifier l'erreur possible. Cependant, il existe quelques éléments généraux de diagnostic. La tuméfaction du furoncle est acuminée et non point arrondie ; le furoncle étant une lésion des parties molles, on provoquera une souffrance aiguë en déplaçant le pavillon de l'oreille. Enfin, dans les cas douteux, on aura recours au cathétérisme.

B. — *La lésion mastoïdienne est-elle d'origine auriculaire.*

— Après avoir établi l'existence d'une lésion apophysaire en se basant sur les symptômes dont nous venons de parler, il s'agit de déterminer l'origine de cette lésion, il reste à savoir si l'affection mastoïdienne est primitive ou secondaire à une inflammation de l'oreille moyenne. D'après Küster et Kærner, les ostéites de l'apophyse mastoïde seraient des affections de nature primitive, et Kærner, en se basant sur une observation personnelle, pense que, chez les diabétiques en particulier, les suppurations de l'oreille moyenne seraient la suite et non la cause de l'affection mastoïdienne. Mais c'est là une opinion trop absolue. On peut admettre cependant avec Küster l'existence des cas où *la lésion mastoïdienne survient sans avoir été précédée d'otorrhée*, ce qui, d'ailleurs, n'est pas une raison suffisante pour rejeter l'existence de la lésion de l'oreille moyenne ayant déterminé l'affection mastoïdienne, puisqu'il y a des cas où la membrane du tympan ne se laissant perforer qu'à la longue, l'otorrhée fait défaut. A notre avis, dans l'immense majorité des cas, l'infection arrive du pharynx, gagne la caisse en passant par la trompe et de là dans les cellules de l'apophyse mastoïde, et ce n'est qu'avec une extrême réserve que nous accepterons les *suppurations des cellules mastoïdiennes idiopathiques* indépendantes d'une otite moyenne initiale.

On ne peut cependant nier, sans tomber dans un absolutisme complet, que l'apophyse mastoïde, tout comme les autres os, ne soit susceptible d'être frappée d'une ostéomyélite par une infection générale, car, au point de vue de sa structure, rien ne différencie le temporal des autres os du corps. Il y a, par exemple, des cas d'ostéite condensante, cas sur lesquels M. Duplay a insisté dans son remarquable mémoire sur *la Trépanation de l'apophyse mastoïde*, où souvent sans cause

connue, parfois à la suite d'un choc ou d'un traumatisme quelconque, l'apophyse devient douloureuse sans manifestation inflammatoire du côté de l'oreille moyenne et sans trouble de l'audition, ce qui indique une intégrité de cette partie de l'organe de l'ouïe. En présence d'un cas de cet ordre, on peut affirmer l'existence d'une *ostéite condensante primitive de l'apophyse*. Il est des cas cependant où le diagnostic est moins net, car à la suite d'otites chroniques, on a vu la mastoïde s'éburner et devenir l'origine de douleurs irradiées.

En somme, on arrive à cette conclusion que les mastoïdites sont le plus souvent secondaires, consécutives à des otites moyennes et que, plus rarement il est vrai, elles peuvent être primitives, ne reconnaissant comme cause, nullement une inflammation préalable de l'oreille moyenne, mais un traumatisme quelconque. Il ne nous reste qu'à dire un mot du diagnostic des complications qui surviennent dans le cours des mastoïdites. Nous voulons insister plus particulièrement sur les complications méningées qui, par leur fréquence et leur gravité, priment toutes les autres.

Toutes les fois qu'une méningite ou plutôt une méningo-encéphalite vient compliquer la mastoïdite, on est frappé par des symptômes graves qui viennent s'ajouter à la symptomatologie de la maladie initiale. Ces symptômes sont constitués : 1° par une céphalalgie intense, continue, avec paroxysme arrachant des cris plaintifs au malade ; 2° par des vomissements incoercibles, soudains ; 3° par la fièvre, précédée souvent d'un frisson intense, pouvant atteindre 40° et plus et qui continue à s'élever jusqu'à l'agonie ; 4° la constipation est un des symptômes non moins constants. A ces symptômes, d'une importance capitale, vient s'ajouter souvent le délire, un délire agité et bruyant. A cette période d'excitation succède bientôt

une période de calme et de relâchement complet, et le malade succombe dans un coma asphyxique. Tel est le tableau clinique de cette redoutable complication. Dans d'autres cas, où la maladie évolue d'une façon plus lente, les malades sont pris de frissons, de fièvre, de diarrhée, et l'on ne tarde pas à reconnaître les signes évidents de l'infection purulente, dont la cause réside dans une phlébite du sinus latéral.

Toutes ces complications reconnaissent pour cause une infection arrivant de l'apophyse mastoïde dans les cas particuliers que nous étudions, et sont justiciables du même traitement chirurgical qui doit être hâtif pour donner des résultats plus ou moins satisfaisants.

TRAITEMENT

Nous ne nous occuperons que du traitement appliqué aux mastoïdites consécutives à des otites aiguës, la grippe donnant toujours lieu à cette forme clinique; de nombreux moyens ont été vantés par les auteurs, et encore aujourd'hui, parmi les interventions chirurgicales, il nous semble que la trépanation de l'apophyse n'a pas été suffisamment mise en lumière.

Beaucoup d'oristes ont condamné l'intervention radicale précoce. M. Broca lui-même leur donne un peu raison, cependant il fait une large place à la trépanation. On a sans doute proposé, nous dit-il, d'ouvrir les cellules à peu près dans toutes les otites aiguës : ce n'est pas, à certains égards, déraisonnable, et peut-être le traitement des suppurations aiguës de l'oreille serait-il de la sorte mené avec plus de sécurité et de rapidité; mais étant donné les bons résultats obtenus par les moyens simples et classiques, nous ne croyons pas devoir préconiser la trépanation de l'apophyse pour les otites aiguës accompagnées d'un peu de tension et de douleur vers la mastoïde, c'est-à-dire pour la majorité des cas.

L'opinion de M. Broca est bien mise en évidence dans le passage qui précède. Il l'étend même aux cas où la complication mastoïdienne constitue le facteur principal de la maladie. Pour lui, les deux indications importantes sont la persistance de la douleur rétro-auriculaire, l'intensité de la fièvre, la gravité des symptômes généraux, l'existence des accidents méningés. Même alors, l'ouverture de la membrane du tympan serait suffisante. M. Broca cite pourtant quelques obser-

tions où la trépanation a été pratiquée, mais après avoir constaté que le traitement par les voies naturelles était impuissant. Il cite l'observation d'un malade qui fut trépané d'urgence, vu la gravité des symptômes, et chez lequel on pu assister à une véritable résurrection dès le lendemain. « Dans » les cas de ce genre, nous nous laissons guider par les symptômes généraux sans nous laisser retenir par l'intégrité apparente de la région mastoïdienne, par l'absence d'abcès en » particulier, et c'est ainsi, que, plus radicaux que Politzer, » nous entendons la trépanation précoce. » Politzer, en effet, soutint à la Société de laryngologie et d'otologie que la trépanation devait être le seul traitement des mastoïdites consécutives à des otites moyennes, et tout particulièrement lorsque ces otites étaient d'origine grippale. Il fut fortement combattu par Gellé et Lœwenberg. La thèse de M. Orgogozzo est inspirée par cette idée qu'une opération n'est en général pas nécessaire et que les malades guérissent par le traitement ordinaire. Lorsque la région mastoïdienne est fortement enflammée, lorsque la fluctuation est nette, lorsqu'enfin la douleur à la pression est très intense, on comprend qu'une intervention locale, la simple incision de Wilde, puisse donner quelques résultats, mais on ne peut comprendre qu'il en soit de même lorsque l'inflammation occupe les cellules mastoïdiennes. On a été trop porté à confondre les abcès pré-mastoïdiens avec les inflammations suppuratives de l'apophyse et, dans les cas de mastoïdite grippale, ce sont presque toujours les cellules mastoïdiennes qui sont exclusivement prises.

Politzer affirme que lorsqu'il a trouvé du pus à la surface de l'apophyse, il en a trouvé aussi à l'intérieur.

Orgogozzo, dans sa thèse, cherche à prouver que ces abcès en boutons de chemise guérissent très bien par l'incision de Wilde, et Pomeroy et Abbott auraient obtenu d'excellents ré-

sultats dans plusieurs cas de mastoïdites grippales de cet ordre. MM. Gellé et Lœwenberg auraient traité ainsi un grand nombre de malades et resteraient partisans convaincus de cette méthode. Knopp et les médecins américains se rangent à l'opinion de Politzer et pensent que, dans tous les cas, l'ouverture des cellules est résolutive de l'inflammation qui accompagne l'otite aiguë suppurée. La trépanation serait pour eux indiquée, même avant qu'il y ait formation du pus. M. le professeur Duplay condamne aussi l'incision de Wilde ; il dit, en effet : « Cette pratique, adoptée par la plupart des oristes, me » paraît sans avantages et fait perdre un temps précieux. S'il » y a réellement du pus dans les cellules mastoïdiennes, l'in- » cision extérieure est sans action ; il est certain, pour moi, » qu'elle a seulement réussi à calmer les accidents dans les cas » où il ne s'agissait pas d'une inflammation, mais d'une simple » périostite. »

M. Broca cite plusieurs observations dans lesquelles la guérison n'a pu être obtenue qu'en faisant suivre l'incision de Wilde d'une trépanation. Tout ce qui résulte justifie la façon de penser de quelques auteurs, et avec M. le professeur Tédénat nous sommes convaincu de l'opportunité de la trépanation précoce dans tous les cas de mastoïdites grippales.

La trépanation est une opération simple lorsqu'elle est pratiquée en tenant compte des rapports anatomiques. Il faut se souvenir, en effet, que le sinus latéral est situé en arrière de la mastoïde ; la dure-mère et le cerveau au-dessus ; le nerf facial en bas et en avant.

Les procédés opératoires se ressentent de la crainte qu'inspirent aux chirurgiens ces divers organes. Von Trœltzsch et Karl Wolf ont proposé d'enlever au ciseau la paroi postérieure du conduit. En ouvrant l'antre par cette voie, on évite le sinus latéral, mais on se rapproche du facial et du canal

semi-circulaire transverse et leur lésion est autrement grave que l'ouverture du sinus.

M. le professeur Tédénat a eu l'occasion d'ouvrir le sinus pour des collections purulentes; en ayant soin de tamponner avec de la gaze iodoformée, il n'a jamais eu d'accident.

Kuster, après avoir ouvert l'antre, fait sauter la paroi postérieure du conduit. Ricard donne la formule suivante : « La » moitié postérieure de l'apophyse mastoïde est dangereux à » cause de son voisinage avec le sinus latéral, mais le danger » diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la base pour » se rapprocher du sommet de l'apophyse. »

Noltenius donne les chiffres suivants au sujet des rapports qui existent entre l'apophyse, le facial et le canal semi-circulaire :

1° Entre l'épine et le canal facial, 15 millimètres 5 (minim. 11);

2° Entre l'épine et le canal semi-circulaire, 16 millimètres 5 (minim. 13);

3° Entre le point d'attaque de la trépanation et le facial, 22 millimètres (minim. 18);

4° Entre le point d'attaque de la trépanation et le canal semi-circulaire, 22 millimètres (minim. 17).

En France, Poincot conseille de trépaner à la base à 10 ou 15 millimètres de la conque. Delaisement trépane au sommet de l'apophyse. Broca estime avec Schawartze, Hartmann avec Duplay et Ricard que la région de choix doit être la moitié antérieure de la base. C'est aussi en ce point que nous avons vu opérer M. le professeur Tédénat.

Plusieurs instruments ont été proposés, et parmi eux nous citerons le foret, le trépan et le ciseau. Les deux premiers ne sont plus employés, et dans le service de clinique chirurgicale, le ciseau et la gouge sont les instruments exclusivement employés.

Après avoir rasé avec soin la région et fait une antiseptie locale rigoureuse, on incisera les parties molles de la pointe de l'apophyse vers la base, au niveau du sillon rétro-auriculaire et à 2 ou 3 millimètres en arrière. Quelques chirurgiens proposent de faire une seconde incision partant de la partie supérieure de la première et se portant en arrière. On formerait ainsi un lambeau que l'on érignerait en bas après avoir décollé la surface osseuse.

M. le professeur Tédénat s'en tient d'ordinaire à l'incision unique portant à un centimètre environ en arrière du sillon rétro-auriculaire et parallèle à ce sillon. Le périoste est décollé de deux côtés et les lèvres de la plaie maintenues avec des écarteurs à griffes. L'autre étant situé vers l'angle postéro-supérieur du conduit, c'est en ce point que portera la trépanation. Avec un ciseau étroit, et par quelques coups de maillet, on pénétrera dans l'épaisseur de l'apophyse. Souvent, on arrive facilement aux cellules mastoïdiennes, mais quelquefois l'apophyse est éburnée et il faut sculpter profondément pour atteindre le foyer purulent. Parfois, il sera utile de faire communiquer la caisse avec la cavité creusée dans l'apophyse. Après avoir lavé avec une solution antiseptique, on tassera doucement dans la plaie une mèche de gaze iodoformée et on appliquera un pansement légèrement compressif. La guérison est très rapide.

Dans tous les cas qui font le sujet de nos observations, la trépanation a donné issue à du pus dont la quantité variait depuis quelques gouttes jusqu'à une cuillerée à café. Tous nos malades venaient des services de médecine où ils avaient été soignés pour la grippe. Ils présentaient tous une température élevée de la céphalagie souvent localisée dans le front.

Du côté de l'apophyse, ils n'avaient jamais de fluctuation nette. Le plus souvent, un peu d'empatement et de douleur à

la pression ; dans quelques cas, la pression devait être très forte pour amener une légère douleur. Nos malades étaient jeunes, appartenant pour la plupart à la garnison, quelques-uns seulement avaient un peu d'otorrhée purulente. Immédiatement après l'opération, la fièvre est tombée, les douleurs se sont calmées et les malades sont entrés en pleine convalescence.

Observation I

(Personnelle) prise dans le service de M. le professeur Tédénat
Endomastôidite consécutive à une otite grippale. — Trépanation. — Guérison

Un nommé Joseph C..., soldat au 142^e, entre à l'hôpital le 14 mai 1894 ; a souffert de la gorge il y a 6 jours ; il a eu en même temps de la céphalalgie, inappétence, courbature générale. Il était sujet aux maux d'oreille depuis 6 à 8 ans. A l'entrée on constate : douleurs très vives à la région frontale. Pas d'empatement à la région mastoïdienne ; cependant une forte pression détermine de la douleur à droite. La fièvre est élevée (39°) ; le malade n'entend rien et est plongé dans un état de dépression morale facile à constater.

Le 19 mai, malgré la persistance de vives douleurs frontales et se basant surtout sur l'état général du malade et sur la douleur provoquée au niveau de la mastoïde droite par une forte pression, M. le professeur Tédénat se décide à trépaner.

On trouve le tissu scléreux fortement sclérosé, c'est avec peine que le ciseau en vient à bout. Sur une épaisseur de 6 à 8 millim., l'os présente la dureté de l'ivoire et ce n'est qu'après avoir largement ouvert qu'on voit du pus sortir librement à travers les mailles du tissu profond. Il s'en écoule environ la valeur de deux cuillerées à café.

Le 20, forte élévation de la température.

Le 21, on refait un pansement antiseptique. Il ne s'écoule déjà presque plus de pus et la plaie a bon aspect.

Le 23, la température tombe brusquement ; le malade

semble se réveiller d'un long sommeil. L'expression du visage est revenue et il commence à entendre. Plus de douleurs.

Le 26, la température baisse régulièrement. Le malade va aussi de mieux en mieux et entend, même lorsqu'on lui parle à voix basse.

Le 1^{er} juin, cicatrisation complète de la plaie. L'appétit est revenu, le malade mange bien, ne souffre pas du tout de la partie opérée et entend comme par le passé.

On le propose pour deux mois de convalescence.

Observation II

(Personnelle) prise dans le service de M. le professeur Tédénat

Abcès mastoïdien consécutif à la grippe.— Incision profonde de Wilde.— Guérison

Célestin B..., soldat au 2^e génie, entré le 18 février 1894 dans le service de M. le professeur Carrieu, où on diagnostique une bronchite grippale.

Le 6 mars, le malade guéri de sa bronchite, légère d'ailleurs, accuse brusquement de violentes douleurs dans l'oreille gauche. Deux jours après s'établissait une otorrhée purulente très abondante.

Le traitement médical n'ayant donné aucun résultat, le malade passe en chirurgie le 7 mai.

A l'examen, on constate que la région mastoïdienne gauche est rouge et tuméfiée, les douleurs sont très vives et s'exagèrent à la pression, la surdité est complète de ce côté, la température varie entre 38° et 39°, il existe en même temps une céphalée intense.

Devant ce tableau clinique et en présence de la fièvre qui

tendait à s'élever, M. le professeur Tédénat se décide à intervenir.

Le 8 mai, après l'antisepsie convenable de la région mastoïdienne, l'incision de Wilde est pratiquée, mais le bistouri est fortement enfoncé dans le tissu osseux, ce qui entraîne un écoulement purulent de la valeur d'une cuillerée à café. L'opération est suivie d'un pansement antiseptique. A partir de ce moment, la température baisse, les douleurs se calment et la surdité diminue.

Le 10 mai, la température était revenue à la normale, et quelques jours après, en le pansant pour la première fois, on constate que la plaie est en très bon état.

Le 2 juin, le malade sortait complètement guéri.

Nota. — Cette observation est intéressante par ce fait que l'incision a porté non seulement sur les téguments qui étaient tuméfiés et enflammés, mais aussi sur la table externe de l'os. C'est pour cette raison que nous la joignons aux observations qui ont trait à la trépanation.

Observation III

(Personnelle) prise dans le service de M. le professeur Tédénat

Endomastoïdite grippale. — Fièvre élevée. — Trépanation. — Guérison

Lucien F..., âgé de 21 ans, soldat au 2^e génie, entré, le 31 mars 1894, dans le service de M. le professeur Grasset avec le diagnostic de bronchite grippale. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade est pris de violentes douleurs dans l'oreille gauche et en même temps se produit de l'inflammation paramastoïdique.

Envoyé dans le service de M. le professeur Tédénat le 3 avril,

on constate les symptômes suivants : douleurs lancinantes dans toute la région mastoïdienne gauche qui est rouge et tuméfiée. Les douleurs s'étendent dans la région du cou, et le malade accuse de la céphalée qui paraît être localisée à la région frontale. La température oscille entre 38°,5 et 39°,5. Anorexie, insomnie. Pas d'otorrhée.

Le 5 avril, M. Tédénat trépane l'apophyse, après antisepsie rigoureuse du champ opératoire. On obtient quelques gouttes de pus après avoir fait sauter toute la table externe de l'os. On fait un lavage antiseptique suivi d'un pansement iodoformé.

Le 6 avril, la température tombe à 37°,5, la céphalée diminue considérablement, l'aspect général du malade est satisfaisant.

Le 10 avril, on procède au premier pansement et l'on trouve une petite quantité de pus.

Le 13, le malade est saisi d'un accès de fièvre intense, mais la quinine la jugule bientôt, et, à partir de ce moment, la guérison s'accroît de jour en jour.

Observation IV

(De M. Fuster) prise dans le service de M. le professeur Tédénat
Endomastoïdite grippale. — Trépanation suivie de guérison

Jean V..., soldat au 2^me génie, entré le 7 décembre 1894, dans le service de M. le professeur Carrieu, pour une lymphangite consécutive à la vaccination. A la fin du mois de janvier 1895, le malade est pris de céphalée.

La température s'élève à 35°. Toux légère ; la déglutition est gênée. En même temps, la région mastoïdienne droite devient le siège d'une douleur lancinante, profonde, s'irradiant vers les régions occipitale et frontale.

Le malade entre en chirurgie le 1^{er} février. La température est à 39°, la céphalée intense à la région frontale. Du côté de l'apophyse, les téguments sont normaux; cependant une pression tant soit peu énergique détermine une douleur à ce niveau. Léger écoulement purulent par le conduit auditif. Surdité absolue du côté pris. Le malade est très abattu, comme s'il se trouvait sous le coup d'un traumatisme cérébral.

Le 2 février, M. le professeur Tédénat ouvre largement l'apophyse au ciseau et au maillet; il s'écoule du pus; ce pus était contenu dans les cellules mastoïdiennes.

Lavage antiseptique et pansement iodoformé.

La température baisse immédiatement, et le soir même de l'opération le thermomètre ne marquait que 37°5.

Le 6 février, tous les symptômes du début avaient disparu et la guérison était certaine.

Observation V

(De M. Fuster) prise dans le service de M. le professeur Tédénat

Endomastoïdite grippale. — Trépanation. — Guérison

Augustin P..., âgé de 22 ans, soldat au 2^me génie, entré dans le service de M. le professeur Tédénat le 14 février 1895.

Depuis 8 à 10 jours, il avait été soigné à l'infirmierie réglementaire pour une grippe, lorsque brusquement il se mit à éprouver de vives douleurs dans l'oreille gauche, par laquelle s'écoulait du sang et du pus.

A son entrée, on constate que la région mastoïdienne gauche, légèrement tuméfiée, est douloureuse à la pression. La température oscille entre 39° et 39°5. La céphalée intense se

localise particulièrement dans la région frontale. Anorexie, insomnie.

Le 15 février, M. le professeur Tédénat trépane au ciseau la mastoïde gauche et donne issue à une petite quantité de pus. Lavage et pansement antiseptiques.

A partir de ce moment, tous les symptômes graves disparaissent et le malade entre en convalescence.

Pour donner plus d'appui à la thèse que nous soutenons, nous ajouterons, à la suite de nos observations, que M. le professeur Tédénat a pratiqué 27 fois la trépanation pour des endomastoïdites grippales, tous les malades ont été rapidement soulagés par l'opération et ont guéri sans accidents. Dans un cas, les douleurs n'ayant duré que deux jours peu vives, la fièvre étant tombée, l'opération ne fut pas faite. Le malade mourut subitement. C'était un jeune homme de 20 ans, qui, une heure avant sa mort, était assis sur son lit, joyeux, ne souffrant pas du tout, mangeant de bon appétit. L'autopsie ne fut pas pratiquée et il a été impossible d'expliquer les causes et le mécanisme de la mort.

En présence de cas pareils, nous restons partisan convaincu de la trépanation hâtive toutes les fois que nous aurons affaire à une mastoïdite grippale.

CONCLUSIONS

Nous croyons donc pouvoir tirer de notre travail les conclusions suivantes :

- 1° Les mastoïdites grippales sont très fréquentes.
- 2° L'intervention chirurgicale est toujours indiquée.
- 3° Cette intervention doit être faite le plus tôt possible.
- 4° La trépanation avec le ciseau ou la gouge sera l'opération de choix.
- 5° Cette opération n'est pas dangereuse et son résultat pratique est immédiat et durable.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 juin 1895.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juin 1895.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- TILLAUX.— Traité d'anatomie topographique, Paris, 1890.
POLITZER.— Ann. des mal. de l'or. et du lar., 1892, N° 5.
GRANDHOMME.— Thèse de Paris, 1890.
A. BROCA et O. MAUBRAC. — Des complications intra-crâniennes des otites moyennes suppurées; prix Laborie, 1893.
A. BROCA.— Les abcès encéphaliques consécutifs aux suppurations de l'oreille. Gaz. heb. de méd. et de chir., 1893, N° 38.
BROCA.— Abcès du cerveau et méningites consécutifs à des suppurations de l'oreille moyenne. Bull. de la Soc. anat., 1894.
KÖRNER.— Un cas d'ostéite diabétique primitive de l'apophyse mastoïde. Archiv. f. Ohrenh., 89-90.
GILES.— Glasc. med. Journ., mai 1889.
DUPLAY.— Arch. gén. de med., mai et juin 1888.
A. RICARD.— De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation. Gaz. des Hôp., 1889.
BARACZ. — Vien. med. Woch., 1887.
NOLTENIUS.— Congrès d'otologie de Berlin, 1889.
DÉLAISSEMENT. — De la trépanation de l'apophyse mastoïde; thèse de Paris, 1868.
CAVAROZ.— Thèse de doct., Lyon, 1893.
PICQUÉ.— Abcès sous-dure-mérien consécutif à une otite moyenne. Ann. des mal. de l'or. et du larynx, 1890.
WARNET.— Abcès mastoïdiens; thèse de Paris, 1873.
FORGET.— Union médicale, 1860.
FOLLIN.— Gazette des Hôpitaux, 1864.
WILDE.— Archives générales de médecine, t. XVII.
MÉNIÈRE.— Moyens thérapeutiques employés dans les maladies de l'oreille; thèse de Paris, 1868.
GIERZINSKI.— De la trépanation de l'apophyse mastoïde; thèse de Paris, 1868.
POINSOT.— Dictionnaire de médecine et de chirurgie.
DUPIN.— Complication de la grippe; th. de Bordeaux, 1890.

- SUAREZ et MENDOZA. — Semaine médicale, 1890.
HEIMAN. — Zeitschrift für Ohrenheilk, 1891.
ORGOGOZZO. — Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde ;
th. de Paris, 1892.
DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. IV, 1891.
GELLÉ. — L'oreille et l'épidémie de grippe actuelle. Médecine mod.,
16 janvier 1890. Conférence de la Salpêtrière, 1890-92.
MÉNARD. — Thèse de Paris, 1891.
HARTMANN. — Maladies de l'oreille.
LOEWENBERG. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891.
MOURE. — Mastoïdite comme complication auriculaire de la grippe.
Soc. franç. d'oto. et de laryn., 1890.
URBANSTSCHICH. — Traité des maladies de l'oreille.
WILSON. — Traitement précoce des mastoïdites. Edimbourg me-
dical Journal, 1891.
BROCA et LUBET-BARBON. — Les suppurations de l'apophyse mas-
toïde et leur traitement. Mémoire couronné par l'Académie
de médecine, 1895.
TÉDENAT. — Mastoïdite grippale. Soc. de méd. et de chir. de Mont-
pellier, 1895.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !